Rachitische Anomalien der Kiefer und des Zahnsystems.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Vorgelegt von

Walter Kirschstein

Zahnarzt

Tag der Approbation: 16. ~~Dezember~~ Oktober 1920.

Tag der Promation: 22. April 1921.

M. Nay, Berlin W 30, Eisenacher Straße 28.

420

Auszug.

Um ein Eindringen in die Beziehungen zwischen Anomalien der Kiefer und des Zahnsystems und der Rachitis zu ermöglichen, wird zunächst eine Zusammfassung dessen gegeben, was die heutige Rachitisforschung über das Wesen des rachitischen Prozesses weiss.

Die rachitischen Veränderungen am Knochengewebe werden beschrieben, sowohl diejenigen makroskopischer als auch die mikroskopischer Natur. Makroskopisch sind die Weichheit der Knochen, ihre leichte Einschneidbarkeit und die oft durch Infraktionen oder Frakturen entstandenen Verkrümmungen die bedeutsamsten Stigmata der Rachitis. Speziell werden noch die rachitischen Veränderungen der Schädelknochen beschrieben.

Als histologische Kardinalsymptome der Rachitis werden bezeichnet

1. Das Verharren des neugebildeten Knochengewebes in osteoidem Zustande.
2. Geflechtartig gebaute Osteophytbildungen vom Periost aus.
3. Das unregelmässige Vorrücken der Markraumbildung über die Ossifikationslinie hinaus.

Dann wird kurz die Frage der fötalen Rachitis berührt. Die häufigsten klinischen Symptome werden erwähnt und die Reihenfolge ihres Auftretens besprochen. Nach einem Eingehen auf die Stöltzner'sche Nebennierentheorie [Eine Erkrankung der Nebenniere sei die Ursache der Rachitis] folgt eine Zusammenstellung und kritische Betrachtung derjenigen Kieferdeformitäten, die von verschiedenen Autoren als typisch rachitisch bezeichnet worden sind. Für den Unterkiefer ergeben sich als charakteristische Veränderungen: die polygonale Form und die Einwärtsneigung der Seitenteile, für den Oberkiefer: die stärkere Krümmung des Frontteiles des Kieferbogens und die Verlängerung der Längsaxe.

Dann wird versucht, die Ursachen für diese Kieferverbildungen klar zu legen. Es folgt die Beschreibung der Anomalien der Zahnstellung, die sich aus den Kieferverbildungen ergeben, sowie der Bissveränderungen, die wieder aus den Stellungsanomalien hervorgehen.

Der nächste Abschnitt behandelt die Beeinflussung des Milchzahndurchbruches durch die Rachitis. Als rachitisches Frühsymptom ergibt sich das Eintreten von übernormalen Pausen zwischen dem Erscheinen der einzelnen Milchzahngruppen. Für die Beeinflussung des Durchbruches der bleibenden Zähne wird ein Fall aus der Literatur angeführt und auf zwei selbstbeobachtete Fälle verwiesen.

Jm nächsten Kapitel werden die Anomalien der Zahnstruktur abgehandelt. Die Dentinverkalkung bleibt hinter der Dentinneubildung zurück, sodass eine Verbreiterung der unverkalkten Zone ein-

tritt*, die an der Spitze der Wurzel messbar ist. Ein zweites nicht konstantes Symptom in der Struktur des Dentins ist die Stellung der normalerweise dicht aneinander liegenden Kalkkugeln, die kleiner und nicht so dicht gestellt sind wie normal.

Jn der Frage des Ursprunges der Schmelzhypoplasien schliesse ich mich denjenigen an, die eine Beeinflussung der Schmelzbildung durch die Rachitis leugnen und die Ursache der Schmelzhypoplasien anderswo suchen.

Es folgt unter Beifügung von Photogrammen die Anführung und Besprechung der selbst beobachteten Fälle.

Zunächst 5 schwere rachitische Krüppel mit schweren rachitischen Skelettsymptomen. Der erste Fall zeigt den wegen Platzmangels im Unterkiefer lingualwärts erfolgten Durchbruch der beiden seitlichen Schneidezähne. Der 2. die geradliniege Anordnung der bleibenden unteren Schneidezähne, der 3. den palatinalen Durchbruch des linken oberen 2. Prämolaren. Die beiden nächsten Fälle sind Beispiele für Verzögerungen des Durchbruches der bleibenden Zähne.

Der letzte Fall, ohne rachitische Skelettsymptome, stützt sich auf die Anamnese und die typisch rachitische Form des Unterkiefers. Er zeigt einen deutlichen mordex apertus.